

Hospital «Miguel Servet». Zaragoza
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial
(Jefe: F. HERNÁNDEZ ALTEMIR)

Una modificación técnica de la submaxilectomía cervical

Dr. F. HERNANDEZ ALTEMIR

INTRODUCCION

Es muy probable que cualquier cirujano con experiencia, se sienta en principio escéptico y al mismo tiempo sorprendido al leer a estas alturas, el ofrecimiento de una modificación técnica de la submaxilectomía que pueda aportar algo positivo, dado que se trata de una intervención muy común, en un terreno rico en detalles anatómicos, en general de fácil reconocimiento si se hace una cirugía cuidadosa. Esto precisamente nos obliga a conseguir mejores resultados quirúrgicos.

La técnica ha nacido con la principal idea de proteger al máximo la continuidad del ramus mandibularis del nervio facial, en la cirugía de la glándula submaxilar.

MATERIAL Y METODO

Hemos desarrollado nuestra modificación técnica para el tratamiento quirúrgico de enfermos afectos principalmente de litiasis de la glándula submaxilar, que exige para su terapéutica, casi siempre, la extirpación de la glándula submaxilar y de la totalidad de su conducto excretor.

A partir de la incisión clásica submandibular, a un través de dedo por debajo y paralela al reborde mandibular, equidistante del ángulo y sínfisis del mentón, lo que le da una longitud aproximada de unos 6 cm., o algo más y aprovechando exclusivamente el labio inferior de la incisión, accedemos a tijera hasta el músculo digástrico, que identificamos en gran parte de su trayecto cervical y submandibular. Liberamos a continuación, después de identificada la arteria facial, la glándula submaxilar de sus estructuras aponeuróticas, con la particularidad que ahora la progresión quirúrgica es hacia el reborde mandibular, aprovechando una incisión casi caudal a la glándula submaxilar y que comprende todo el espesor aponeurótico y capsular que la rodea y que es de trayecto anteroposterior y paralelo al del músculo digástrico. Todo el componente aponeurótico y capsular se despega de la glándula submaxilar y se va a incluir en el espesor del labio superior de nuestra incisión, que en ningún momento hemos diseccionado, con lo que evitamos la lesión del ramo marginal del nervio facial, sin duda la secuela más común y temida de la cirugía de la glándula submaxilar.

TECNICA

Paciente en decúbito supino, bajo anestesia general, con intubación preferentemente nasotraqueal. En esta posición, se marca con tinta quirúrgica la incisión, que discurre como decíamos paralelamente y a un través de dedo por debajo del reborde mandibular, con ligera concavidad superior y en una longitud aproximada de unos 6 cm., siendo equidistante del ángulo y sínfisis mandibular (fig. 1).



FIG. 1.

A continuación se coloca la cabeza en posición quirúrgica, se incide la piel, el tejido celular subcutáneo, el músculo cutáneo del cuello, progresando hacia la profundidad a expensas exclusivamente del labio inferior de nuestra incisión, sin tan siquiera rechazar con ningún tipo de separador el labio superior de la incisión, hasta que lleguemos prácticamente al plano del músculo digástrico, que identificaremos en gran parte de su trayecto no sólo cervical, sino ha-

cia la sínfisis y el ángulo mandibular (figuras 2 y 3).

Una vez rechazada la glándula de sus inserciones al músculo digástrico, identificamos la arteria facial y su vena en la cara interna y tercio posterior de dicho músculo, donde la podemos seccionar y ligar.

En estos momentos la glándula está colgada prácticamente en la región submandibular, no hay que olvidar que la glándula submaxilar es más submandibular que cervical.



FIG. 2.

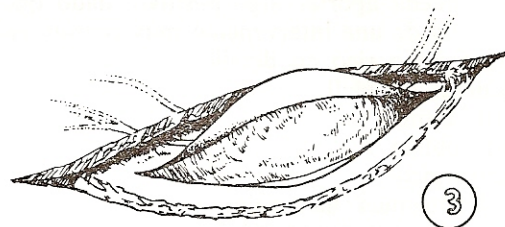


FIG. 3.

Se abren a nivel casi caudal y en un trayecto anteroposterior y paralelo al músculo digástrico los planos aponeuróticos y capsulares que envuelven la mencionada glándula, progresando en la disección hacia el polo superior y siempre pegados a la glándula submaxilar (aquí radica nuestra modificación en esencia, que trata de sustituir o complementar la clásica separación del n.

mandibularis del campo quirúrgico traccionando de la arteria y vena faciales hacia arriba y una vez identificado dicho nervio y seccionados inmediatamente por debajo los mencionados vasos, en definitiva la conocida maniobra de HAYS MARTIN, que considero muy minuciosa, ya que de hecho obliga a identificar el ramus, lo que con nuestra modificación, como veremos, no es obligado).

Rechazamos todo este contenido aponeurótico y capsular hacia el labio superior de la incisión, de forma tal que este contenido va a formar parte del espesor de dicho labio superior, con lo que habremos evitado el disecar las estructuras próximas al trayecto del ramo marginal del nervio facial.

Ya estamos en condiciones de desplazar con un separador como el labio superior de la incisión y su contenido aponeurótico, hacia arriba, con lo que va a resultar muy

fácil descolgar la glándula submaxilar de sus relaciones con la fosa submaxilar del cuerpo mandibular (fig. 4).

Enseguida identificamos el músculo milohioideo, que puede ser rechazado hacia ade-

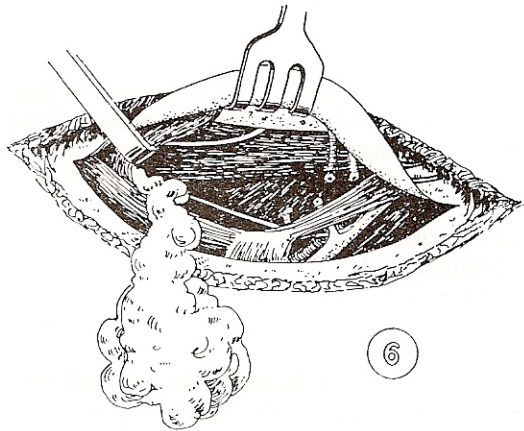


FIG. 6.

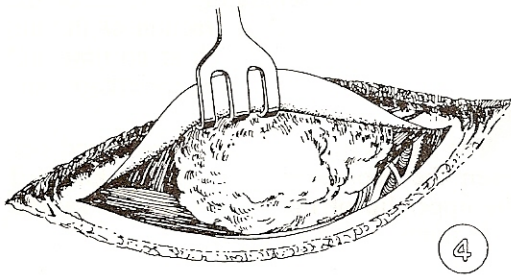


FIG. 4.

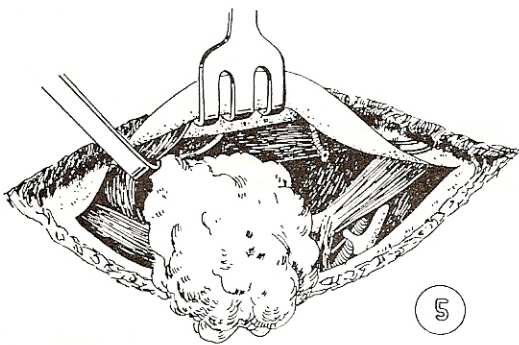


FIG. 5.

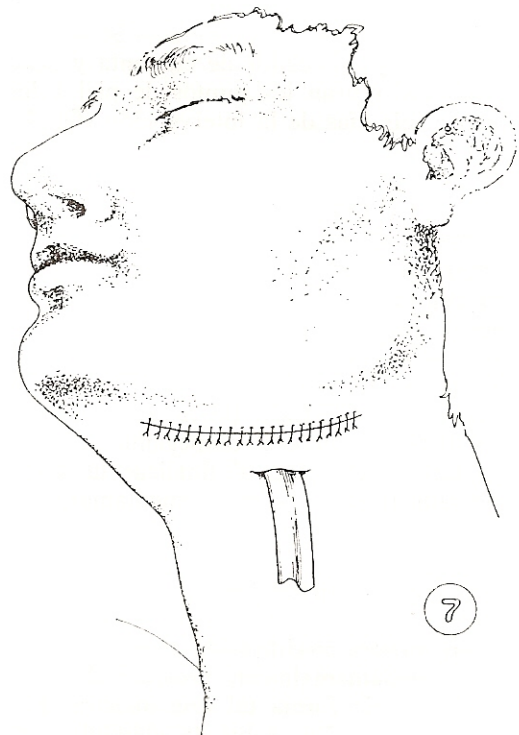


FIG. 7.

lante o bien seccionado, para así dejar visible la zona aponeurótica que cubre la porción uncinada de la glándula submaxilar, por donde discurre el trayecto del conducto excretor de la misma hacia el suelo de la boca (fig. 5).

Se identificarán los trayectos nerviosos que, procedentes del nervio lingual, van a la glándula submaxilar, así como el nervio hipogloso. Una vez identificado el trayecto del conducto excretor lo seccionamos y ligamos en la proximidad de su desembocadura, cerciorándonos de que no dejamos trayecto del mismo (fig. 6). No hemos entrado en detalles en este aspecto ya que no podemos aportar nada que se aparte de los procedimientos descritos en los textos.

Se revisa cuidadosamente la hemostasia y se identifican las estructuras de la zona intervenida.

Se lava abundantemente la cavidad operatoria con suero salino fisiológico y se coloca un drenaje caudal, que sale inmediatamente por debajo de la herida operatoria.

Se sutura la herida por planos, manteniendo en el postoperatorio inmediato al paciente en posición semisentada. Se mantiene el drenaje alrededor de cuarenta y ocho horas y se retiran los puntos de piel a los cinco o seis días de la intervención (fig. 7).

CONCLUSIONES

Se trata de una modificación técnica, que una vez más se basa de alguna manera, en nuestra ya antigua modificación a la técnica de la disección radical de cuello, donde los planos cutáneos permanecen fijos a sus relaciones anatómicas, si bien aquí no hacemos ni tan siquiera el despegamiento cutáneo que es obligado al finalizar la disección radical de cuello que comentamos.

RESUMEN

Con nuestra modificación técnica pretendemos fundamentalmente proteger el ramus marginalis, de forma tal que nuestras maniobras quirúrgicas sobre la glándula submaxilar no determinen su sección o incluso

su traumatismo, para lo cual además aplicaremos los separadores, etc., en aquellas zonas y de forma tal que resulte difícil su contusión o su sección. Siguiendo este procedimiento, en algunas de nuestras submaxillectomías hemos visto «muy alejado» de nuestra tijera al que consideramos el principal protagonista de la cirugía de la glándula submaxilar.

SUMMARY

A technical modification of the cervical submaxillectomy is presented, with the main aim of protecting the ramus marginalis. To do this, the submaxillary gland is approached and dissected, making use solely of the lower lip of the classical submandibular operator wound. Once identified the aponeurotic capsule incises the digastric muscle which envelops it on caudal level and progresses immediately under it until it reaches the upper pole of the same making this aponeurosis act as a separating element of the ramus marginalis and as traction of the upper lip of the wound which at no time and in none of its planes has undergone any dissection.

The ramus marginalis is then passed between the aponeurosis and the thickness of the upper lip of the wound for the submaxillectomy.

BIBLIOGRAFIA

- HERNÁNDEZ ALTEMIR, F. y CASTILLO ESCANDÓN, R.: «Disección radical de cuello. Una modificación en su técnica». *N. M. Especial Domingo*, 1, 5, 1973.
- HERNÁNDEZ ALTEMIR, F. y CASTILLO ESCANDÓN, R.: «Una modificación en la técnica de McFee para la disección radical de cuello». *N. M.*, 2, 1, 1974.
- MARTIN, H. E.: «The treatment of cervical metastatic cancer». *Ann. Surg.*, 114, 972, 1941.

Dirección del autor:

Dr. Don Francisco HERNÁNDEZ ALTEMIR
Fray Luis Amigó, 8, planta O, letra B
50006 Zaragoza